

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1939

THÈSE

N°

111

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Philippe, Antoine VAISSIÈRE**

Né le 16 Juillet 1909, à PARIS (Seine)

---

DES MODIFICATIONS D'ASPECT DES DERMATOSES  
CHEZ LES HOMMES DE COULEUR

DIFFICULTÉ DE DIAGNOSTIC

---

TRAVAIL DU SERVICE DU D<sup>r</sup> WEISSENBACH  
A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

---

*Président : M. GOUGEROT, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1939

THÈSE

N° .....

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe, Antoine VAISSIÈRE

Né le 16 Juillet 1909, à PARIS (Seine)

---

DES MODIFICATIONS D'ASPECT DES DERMATOSES  
CHEZ LES HOMMES DE COULEUR

DIFFICULTÉ DE DIAGNOSTIC

---

TRAVAIL DU SERVICE DU D<sup>r</sup> WEISSENBACH  
A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

---

*Président : M. GOUGEROT, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

## I. — Professeurs

Anatomie .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale .....  
 Chimie médicale .....  
 Bactériologie .....  
 Parasitologie et histoire naturelle médicale .....  
 Pathologie médicale et générale .....  
 Pathologie médicale .....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Histologie .....  
 Pharmacologie et matière médicale .....  
 Thérapeutique .....  
 Hygiène et médecine préventive .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie .....

Pathologie expérimentale et comparée .....  
 Hydrologie thérapeutique et climatologie .....

Clinique médicale ..... }

Hygiène et clinique de la première enfance .....  
 Clinique des maladies des enfants .....  
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
 Clinique des maladies du système nerveux .....  
 Clinique des maladies infectieuses .....

Clinique chirurgicale ..... }

Clinique ophtalmologique .....  
 Clinique urologique .....

Clinique d'accouchements ..... }

Clinique gynécologique .....  
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
 Clinique thérapeutique médicale .....  
 Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
 Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
 Clinique propédeutique .....  
 Clinique de la Tuberculose .....  
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....  
 Clinique de neuro-chirurgie .....  
 Clinique cardiologie .....  
 Assistance médico-sociale .....

Professeurs sans chaire ..... }

MM.  
 AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 FENARD Henri ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD Et. .... Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.). Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique  
 FUNCK-  
 BENTANO ..... Pathologie chirurgicale.  
 FEY ..... Urologie.  
 GAILLARD ..... Parasitologie.  
 GASTINEL .... Bactériologie.

MM.  
 DE GAUDART  
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale  
 GAYET ..... Physiologie.  
 DE GENNES .. Pathologie médicale.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU ..... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie  
 HUGUENIN ..... Anatomie pathologique  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.  
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.

## MM.

ROUVIERE.  
 Léon BINET.  
 STROHL.  
 POLONOVSKI.  
 Robert DEBRE  
 BRUMPT.  
 BAUDOUIN.  
 ABRAMI.  
 MONDOR.  
 LEROUX.  
 CHAMPY.  
 TIFFENEAU  
 HARVIER.  
 TANON.  
 BALTHAZARD  
 LAIGNEL-  
 LAVASTINE  
 FIESSINGER.  
 CHIRAY.  
 LOEPER.  
 CARNOT.  
 Marcel LABBE  
 CLERC.  
 LEREBoullet  
 NOBECOURT.  
 H. CLAUDE.  
 GOUGEROT.  
 GUILLAIN.  
 LEMIERRE.  
 CUNEO.  
 GOSSET.  
 GREGOIRE.  
 LENORMANT.  
 TERRIEN.  
 CHEVASSU.  
 LEVY-SOLAL  
 COUVELAIRE.  
 JEANNIN.  
 MOCOQUOT.  
 OMBREDANNE  
 RATHERY.  
 LEMAITRE.  
 Pierre DUVAL  
 VILLARET.  
 TROISIER .....  
 MATHIEU.  
 Clovis VINCENT.  
 LAUBRY.  
 N...  
 HAZARD.  
 HOVELACQUE.  
 MULON.  
 OLIVIER.  
 SANNIE.  
 VERNE.

## II. — Agrégés en exercice

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| LEMAIRE .....                | Pathologie expérimentale.  |
| LEVEUF .....                 | Pathologie chirurgicale.   |
| LEVY (M <sup>re</sup> J.) .. | Pharmacologie.             |
| LEVY-VALENSI ..              | Neurologie et Psychiatrie. |
| MENEGAUX ....                | Pathologie chirurgicale.   |
| MOLLARET .....               | Pathologie médicale.       |
| MOREAU .....                 | Pathologie médicale.       |
| MOULONGUET ..                | Pathologie chirurgicale.   |
| MOUQUIN .....                | Pathologie médicale.       |
| PETIT-<br>DUTAILLIS .....    | Pathologie chirurgicale.   |

| MM.            |                         |
|----------------|-------------------------|
| PIEDELIEVRE .. | Médecine légale         |
| PORTES .....   | Obstétrique.            |
| RENARD .....   | Ophthalmologie.         |
| RICHET .....   | Physiologie.            |
| SENEQUE .....  | Pathologie chirurgicale |
| TURPIN .....   | Pathologie médicale.    |
| VIGNES .....   | Obstétrique.            |
| WILMOTH .....  | Pathologie chirurgicale |

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

| MM.                     |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| ALGLAVE .....           | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET .....           | Pharmacologie.           |
| CHAILLEY-<br>BERT ..... | Physiologie.             |
| HEITZ-BOYER ..          | Pathologie chirurgicale. |

| MM.                  |                         |
|----------------------|-------------------------|
| LARDENNOIS ..        | Pathologie chirurgicale |
| NEVEU-<br>LEMAIRE .. | Parasitologie.          |
| LE LORIER ....       | Obstétrique.            |
| SCHWARTZ ....        | Pathologie chirurgicale |
| VAUDESCAL ...        | Obstétrique.            |

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

| MM.                          |                     |
|------------------------------|---------------------|
| ALAJOUANINE..                | } Clinique médicale |
| AUBERTIN .....               |                     |
| BRULE .....                  |                     |
| CPABROL .....                |                     |
| DONZELOT ...                 |                     |
| DUVOIR .....                 |                     |
| LIAN .....                   |                     |
| PASTEUR-VAL-<br>LERY-RADOT.. |                     |
| SEZARY .....                 |                     |

| MM            |                         |
|---------------|-------------------------|
| BASSET .....  | } Clinique chirurgicale |
| BROCO .....   |                         |
| CADENAT ..... |                         |
| GATELLIER ... |                         |
| MOURE .....   |                         |
| QUENU .....   |                         |
| VELTER .....  |                         |
| ECALLE .....  | } Clinique obstétricale |
| METZGER ...   |                         |

### V. — Chargés de cours

| MM.                   |                      |
|-----------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....   | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....           | Stomatologie.        |
| WEILL-HALLÉ .....     | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



**A MA FEMME**

**A TOUTE MA FAMILLE**

**A MES AMIS**

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies  
cutanées et syphilitiques.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui a bien voulu me faire l'honneur de  
présider cette thèse. Avec mes sentiments  
de déferente gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉVY-FRANCKEL

Médecin assistant du Service du  
Docteur Weissenbach à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'inspira le sujet de cette thèse.  
Avec mes sentiments respectueux et reconnaissants.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS

# DES MODIFICATIONS D'ASPECT DES DERMATOSES CHEZ LES HOMMES DE COULEUR DIFFICULTÉ DE DIAGNOSTIC

---

## INTRODUCTION

Un cas de pityriasis rosé de Gibert survenu chez un nègre a été observé à l'Hôpital Saint-Louis par le Docteur Lévy-Franckel, médecin assistant du service du Docteur Weissenbach.

L'aspect particulier de cette dermatose sur la peau sombre de ce nègre, a donné l'idée de rechercher comment l'on peut sur les peaux de couleur, faire le diagnostic des principales lésions cutanées que notre œil a l'habitude de voir, et par conséquent, comment seront modifiées les lésions élémentaires, bases de tout diagnostic dermatologique.

Précisons tout de suite, qu'il ne s'agira pas dans ce modeste travail, d'étudier les dermatoses propres aux races de couleur, mais simplement de montrer, parmi celles que nous avons l'habitude de voir dans nos pays et que nous sommes susceptibles de rencontrer au cours de notre pratique journalière, comment ces maladies cutanées se manifesteront à notre œil, afin que

nous puissions aisément porter un diagnostic précis.

En effet de nombreux facteurs interviennent pour modifier l'aspect des dermatoses chez les races de couleur. Nous les étudierons plus loin en détail ; ils sont importants à connaître si l'on veut bien comprendre et retenir le pourquoi de ces aspects particuliers.

Au premier plan, ce sera la pigmentation elle-même de la peau avec toute sa gamme d'intensité, allant du plus clair au plus foncé, variations raciales, variations locales. Puis, l'anatomie spéciale de l'ensemble de la peau, sa physiologie, facteurs importants qui feront la rareté de telle dermatose, la fréquence de telle autre. Dans un ordre plus général, d'autres facteurs, enfin, climatiques, économiques, hygiéniques apporteront aussi leur contribution aux modifications d'aspect des dermatoses.

En possession de ces éléments, nous étudierons dans un chapitre non moins important comment nous apparaîtrons les lésions élémentaires des dermatoses sur les peaux de couleur et les raisons de leurs aspects particuliers.

Puis à la faveur de ces renseignements indispensables sans lesquels l'œil du praticien de nos contrées risquerait de passer à côté du diagnostic, nous étudierons quelques-unes des principales dermatoses communes aux races blanches et aux races de couleur avec les variétés d'aspect qu'elles ont entre elles.

En France, si l'on pense au nombre relativement restreint d'individus de couleur que l'on peut rencon-

trer dans la pratique médicale, l'étude de ces variations d'aspect des dermatoses a été bien rarement l'objet de rapports importants. C'est donc dans les publications étrangères et surtout américaines que nous avons cherché et trouvé des renseignements sur cette question.

Là-bas, en effet, en Amérique du Nord notamment, des descendants des souches africaines (nègres de Guinée, Ioloffs, Cafres), en nombre environ de plus de 8 millions, vivent en certains endroits mélangés à des individus de race blanche ; des hôpitaux, recevant les uns et les autres, ont fourni aux médecins de vastes champs d'études grâce auxquels ils ont pu comparer tant au point de vue morphologie qu'au point de vue fréquence, les affections des uns et des autres et en tirer des conclusions fort utiles pour notre étude.

Enfin, des médecins français ayant résidé aux colonies, relatant dans leurs publications des dermatoses exotiques, nous ont fourni également de précieux renseignements qui nous ont permis d'étayer plus solidement les notions que nous avions déjà.



## CHAPITRE PREMIER

Si l'on s'en rapporte aux opinions émises par la plupart des auteurs qui se sont penchés tout particulièrement sur les dermatoses des races colorées, entre autres : Jeanselme, Castellani, Hazen, Loewenthal, Langeron, etc..., le diagnostic des dermatoses sur ces peaux de couleur peut être très difficile, surtout pour le médecin de nos contrées mis au contact brutal avec un indigène.

Tout d'abord, la couleur de la peau, plus ou moins variable en intensité selon les races auxquelles on a affaire, déroutera grandement l'œil du praticien. Pour cette raison un diagnostic d'exanthème, de rosacée, des diverses formes d'érythème, de purpura et certains troubles pigmentaires, est souvent difficile, sinon impossible.

Nous verrons que bien d'autres particularités interviendront pour modifier l'aspect des dermatoses que nous connaissons bien, mais de toutes, c'est la pigmentation et ses troubles qui nous apporteront les plus importantes variations. C'est probablement la raison pour laquelle, nous dit Castellani, dans son manuel de médecine tropicale, des dermatoses com-

munes comme le lichen plan ou le psoriasis sont rares ou inexistantes.

Cette pigmentation est fonction de l'intensité solaire. D'une manière générale, un européen qui habite des pays tropicaux voit sa peau prendre une teinte plus foncée, tandis que la coloration noire des nègres venus en Europe semblerait s'atténuer sensiblement (Jeanselme, Cours de dermatologie exotique).

Pour bien comprendre l'aspect spécial que prendra telle ou telle dermatose sur une peau de couleur, il est indispensable avant tout d'étudier celle-ci en détail et de voir en quoi elle diffère des peaux blanches.

Nous étudierons donc la peau du nègre, car c'est chez elle que nous trouverons au maximum les plus importantes variations dermatologiques.

Dans les races d'Afrique et chez les nègres américains qui descendent des souches africaines, la peau dans son ensemble, et principalement le derme, est plus épaisse que dans la race blanche. Dans les races Nord-Africaines et indiennes la peau a à peu près, la même épaisseur que celle des européens.

D'après Lœwenthal, il semblerait, à ce dernier, que l'augmentation d'épaisseur de l'épiderme réside surtout dans la couche cornée qui peut atteindre plus d'un centimètre chez ceux qui marchent pieds nus. Le derme diffère de celui des autres races par une vascularisation beaucoup plus riche, une situation des vaisseaux beaucoup plus près de la surface cutanée, un accroissement relativement élevé des glandes sudoripares et sébacées et l'apparition de masses graisseuses venant du tissu sous-cutané.

On distingue des glandes sudoripares exocrines et apocrines ; ces dernières sont en rapport avec les follicules pileux. Ces deux types de glandes sont très nombreux chez le nègre et leurs orifices sont plus béants que dans les autres races. Homma (1926) établit que les glandes sudoripares apocrines situées sur la poitrine, dans les régions moyennes de l'hypogastre et périanales sont trois fois plus nombreuses chez les nègres que chez les blancs et deux fois plus nombreuses chez la femme que chez l'homme.

Les glandes sébacées comme les sudoripares sont abondantes chez le nègre. Beaucoup sont indépendantes des follicules pileux. Elles sont surtout en nombre important à la face, au front, aux oreilles, aux parties génitales. Elles se rencontrent en tout cas partout excepté à la paume des mains, à l'extrémité des phalanges et à la plante des pieds.

A la sécrétion sébacée est due l'odeur spéciale que dégage la peau du nègre et son aspect luisant. Quant à l'impression de fraîcheur qu'elle donne au toucher, elle est due à la sueur abondante qui, grâce à la haute température s'évapore rapidement.

Le tissu sous-cutané, enfin, est également plus épais comme en témoigne la lèvre épaisse du nègre.

Le système pileux, mis à part la chevelure, est moins développé que chez les blancs. Dans les races africaines les cheveux sont généralement frisés et crépus, dans les races indiennes, ils sont généralement plats.

La caractéristique la plus importante de la peau des races de couleur est évidemment son intense pigmentation, pigmentation due uniquement à l'accroissement plus ou moins important du pigment mélanique envahissant en abondance, non seulement les cellules basales de l'épiderme où il se trouve normalement, mais encore les parties profondes du corps muqueux de Malpighi où à l'état normal il n'y en a généralement pas. Dans le derme on voit aussi d'assez nombreuses cellules conjonctives chargées de pigments. Les muqueuses elles-mêmes sont envahies par la pigmentation sous forme de plaques noirâtres.

A la naissance, cette pigmentation n'existe pas. L'enfant du nègre, par exemple, est en naissant de la même couleur que n'importe quel enfant européen. Au bout de deux ou trois jours environ, sa peau prend une teinte presque lilas. Dix jours après, elle devient marron clair. C'est seulement trois ou quatre mois plus tard que la peau atteint sa couleur normale. Plus tard, pendant la puberté, la pigmentation s'accroît encore, puis après une période stationnaire durant la vie adulte, elle va diminuer progressivement au cours de la vieillesse.

La pigmentation n'est pas uniforme ; elle comporte des variations raciales et des variations locales, ces dernières très importantes à connaître. En effet, tout individu nègre présente sur son corps des variations de teinte, en des points fixes toujours les mêmes, ces variations se fondant insensiblement avec la nuance moyenne de la peau environnante.

Nous verrons plus loin combien la couleur intervient fréquemment dans le diagnostic différentiel des dermatoses. Que de diagnostics de lèpre a-t-on été tenté de porter par l'ignorance de ces différences de couleur.

Les observations de Widenmann (1889), Schwalbe (1892-1904), Breul (1896), Adachi (1903), et Loewenthal sont d'accord pour établir les règles suivantes :

a) dorsalement le tronc est foncé ; ventralement il est clair ;

b) la face d'extension des membres est foncée ; la face de la flexion est claire. Par exception, la surface interne des cuisses est plus claire ; le pubis et les régions mammaires présentent comme dans les autres races un accroissement de pigments. La laxité de la peau influence également la teinte régionale ; en effet l'accroissement d'intensité communément remarquée à la nuque et à la partie la plus basse de l'abdomen peut être dû en partie à cette cause. De même, les jointures, coudes et genoux, suivant l'état de tension de la peau varient d'intensité colorale.

Ce changement s'explique très simplement, si l'on se rappelle que l'épiderme étiré contient moins de pigments par unité de surface, tandis que le relâchement produit l'effet opposé.

Les paumes et les plantes sont plus claires et séparées de la peau la plus noire par une ligne de démarcation.

Sur la poitrine une bande pâle s'étend d'une épaule à l'autre au-dessus des clavicules et rencontre une

bande semblable qui va du manubrium sternal à l'épigastre. Postérieurement une surface pâle se voit quelque fois s'étendant le long de la colonne vertébrale et, parfois, se prolongeant en bas et latéralement sur le sacrum et les fesses.

Sur la face, surtout chez les nègres à peau assez claire, on remarque de grandes différences de couleur ; le rebord orbitaire, la paupière supérieure, la proéminence malaire et la pointe du nez sont beaucoup plus pâles, ainsi que parfois la pointe du menton.

Voici donc une vue d'ensemble de l'aspect anatomique spécial de la peau du nègre. Ces différences qu'elle présente avec la peau des blancs retentira, cela va de soi, sur sa physiologie.

Comme dans toutes les races, elle couvre, protège les tissus sous-jacents, a un pouvoir absorbant et excrétoire. Mais, comme on peut s'y attendre, la peau du nègre est particulièrement adaptée à s'opposer aux effets dangereux de la chaleur et des rayons actiniques de la lumière. Le nègre peut mieux que l'européen résister à la chaleur tropicale. Le mécanisme est difficile à expliquer puisque les peaux noires absorbent la chaleur plus facilement que les autres ; mais le grand développement des glandes sudoripares intervient dans la régulation thermique par le mécanisme de l'évaporation. De même l'accroissement des vaisseaux cutanés et leur situation plus superficielle expliqueraient la perte considérable de chaleur par radiation.

Quant aux effets de la lumière, la peau en est protégée par la couche beaucoup plus épaisse que chez les blancs des cellules mortes du stratum corneum ; la kératine ayant la réputation de filtrer les rayons ultra-violets. Enfin, la couche si abondante de pigments mélaniques viendra constituer une barrière infranchissable aux rayons solaires et là où un soleil intense produirait chez un blanc les pires méfaits, chez un noir il n'y aura pas de réactions.



## CHAPITRE II

Maintenant que nous savons en quoi la peau de l'homme de couleur diffère de celle des blancs, nous allons apprendre à examiner cette peau afin de reconnaître les lésions élémentaires modifiées par la couleur naturelle du noir.

De l'avis général, une longue pratique est nécessaire pour arriver à reconnaître une lésion élémentaire sur une peau noire. Comment pourrait-on s'en étonner quand on songe au nombre considérable des malades qui ont été nécessaires pour arriver à fixer sur notre rétine les dermatoses des blancs !

Le souvenir visuel entraîné à associer la dermatose à la couleur sur la peau des blancs est d'un bien maigre service, nous dit Loewenthal, pour examiner celle des noirs.

D'une manière générale, bien que l'on puisse remarquer des nuances légères de rouge ou de bleu sur les peaux les plus claires, les principales variations de couleur consistent en diminution ou en augmentation de la teinte de la peau. De tels changements ne sont nullement toujours dus à la diminution

ou à l'accroissement de la quantité du pigment present, mais ils peuvent être provoqués par la distension de la peau par l'œdème ou par la présence d'un pigment étranger.

#### EXAMEN DU MALADE.

Il est très important d'examiner attentivement chaque partie du corps du malade. Plus la peau du patient est sombre, plus on doit examiner méticuleusement ce dont il se plaint.

Autant que possible, on doit rechercher une lumière du jour bien diffusée afin de tout examiner convenablement, même les lésions cutanées les plus importantes tant au point de vue d'obtenir un diagnostic immédiat, que d'aboutir à un contraste suffisant pour construire les images visuelles. On devra s'efforcer également de ne pas changer de place, ni de position, les rayons visuels n'étant alors plus sous la même incidence.

Les règles habituelles d'examen dermatologique s'appliquent naturellement également chez les blancs et chez les noirs. Il est indispensable d'avoir toujours une loupe à sa disposition ainsi qu'un verre de montre. On se servira souvent de ce dernier, suivant la méthode diascopique de Unna, pour chasser, par la pression, l'hypérémie, et obtenir ainsi un contraste avec la peau environnante. On devra cependant se rappeler qu'une telle pression produit un éclaircissement même chez un nègre normal. Ce test est donc utile seulement pour ceux qui se sont accou-

tumés aux variations d'intensité de la teinte de la peau qui se produisent normalement. Loewenthal trouve très utile d'interposer devant l'œil de l'observateur un verre jaune. Ainsi, l'on peut distinguer facilement, dit-il, de légers degrés d'érythème, de même qu'un filtre jaune est souvent nécessaire pour bien photographier des lésions maculeuses.

Voyons donc maintenant les lésions élémentaires et comment elles se manifestent sur une peau colorée.

*a) macule.*

Sutton la définit ainsi : « décoloration circonscrite de la peau qui n'est ni creuse, ni surélevée ». De toute évidence, la macule est certainement la lésion la plus facilement négligée chez le nègre. On ne peut la trouver que si vraiment on la cherche systématiquement ou bien si elle est associée à une autre lésion et même, alors, on la voit difficilement chez un sujet à peau très noire.

Une confirmation de ce qui précède est donnée par Thiroux (1909) et Fishbein (1930), mais ils ne semblent pas d'accord. Le premier prétend que l'érythème se manifeste sur les peaux noires par une zone plus claire ; le dernier par une teinte noire bleuâtre. Loewenthal explique cette contradiction apparente en admettant que l'érythème pur assombrit la peau, tandis que la présence d'œdème, si souvent associé à l'érythème provoque la pâleur par distension de la peau, comme nous le verrons plus loin.

Les taches purpuriques sont extrêmement difficiles à trouver, excepté sur les parties les plus claires de la peau et encore seulement sur les nègres les plus faiblement colorés. Ainsi, un diagnostic de purpura est souvent impossible sans la présence de lésions des muqueuses. De même, les ecchymoses peuvent être absolument impossibles à diagnostiquer. On s'en rendra compte à la section de la peau, alors qu'aucun changement de couleur ne sera visible.

Chez les nègres à peau très claire, cependant, les ecchymoses pourront se manifester par des plaques noires comme du jais.

La macule la plus ordinairement remarquée est celle qui donne suite à une dépigmentation de couleur variée allant du beige foncé à un blanc terne.

#### *b) papule*

En grosseur et en forme, elle ne diffère pas notablement de celle que l'on voit sur les peaux blanches. Elle est conique dans les éruptions folliculaires, polygonale dans le lichen plan et émoussée dans l'urticaire papuleux. En ce qui concerne la couleur, elle peut être soit plus foncée, soit plus claire que la peau environnante et il n'y a pas de règles fixes pour de telles variations qui dépendent des altérations des tissus. En général, cependant, on peut dire que la papule tend à être plus claire que la peau environnante.

#### *c) pustule.*

Elle est toujours d'un ton plus clair parce que la couche de pigments est distendue par l'œdème sous-

épidermique. Elle n'a pas d'autres particularités chez le nègre.

Les autres lésions ne présentent pas de problème spécial de diagnostic ; certaines comme les vésicules et pustules sont de teinte pâle, car elles masquent la couche de pigments, mais elles sont rapidement reconnaissables ; d'autres, telles que les ulcères, fissures et croûtes, ne sont aucunement différentes des lésions similaires chez les blancs.

Les squames sont naturellement de couleur claire, bien que la peau dont elles sont issues soit noire.

\*  
\* \*

Nous venons de voir combien les variations de couleur intervenaient dans l'aspect des lésions cutanées. Nous avons vu qu'elles consistaient surtout en diminution et en accentuation de la teinte normale. Comment expliquer ces phénomènes, quelles en sont les causes, Loewenthal nous en donne l'explication suivante ;

*a) diminution de la coloration :*

Le moyen le plus évident par lequel la peau peut devenir plus claire est constitué par la perte d'une partie ou de tout le pigment qu'elle contient. C'est là un résultat fréquent d'inflammation de la peau, généralement dans la forme légère avec peu ou pas d'infiltration. Mais outre la perte de pigments, une diminution relative de teinte peut se produire par le déchirement de la jonction dermo-épidermique.

Il s'en suit naturellement une diminution du nombre des cellules pigmentogènes. De telles dilacérations peuvent être généralisées comme dans l'ascite et l'anasarque, ou localisées comme dans un nodule xanthomateux ou lépreux ; dans de tels cas, l'enflure locale doit envahir le chorion, car si l'hypoderme seulement est atteint, la tension est répartie sur une large surface et il n'en résulte aucune pâleur.

A un degré plus léger, la pâleur est produite par la congestion et l'œdème du derme comme dans l'urticaire et l'érytème polymorphe ; ici aussi, le mécanisme est celui de la distension.

Un obstacle à la circulation sanguine de la peau produit un blanchiement léger mais net qui peut être déterminé, par exemple, par la pression avec un verre de montre.

Enfin tout ce qui peut accroître l'épaisseur de tissu entre la couche de pigments et l'œil de l'observateur augmente la proportion des rayons lumineux réfléchis et diminue la quantité qui atteint le pigment absorbant. Il en résulte un éclaircissement localisé de la peau. De nombreuses variétés d'hyperkératoses, y compris celles produites par les infections parasitaires superficielles se présentent comme des plages claires contrastant avec la peau environnante bien que la couleur produite par le champignon lui-même puisse aider ce changement de teinte.

Une hyperkératose prolongée peut aussi aboutir à une diminution physiologique du pigment en abri-

tant les couches épidermiques les plus profondes des rayons actiniques.

Enfin, une dépigmentation post-inflammatoire est souvent observée dans les races noires, mais il n'est pas évident que cela se produise plus fréquemment que dans la race blanche. Chez celle-ci, on ne le remarque pas, voilà la raison majeure.

#### b) ACCENTUATION DE LA COLORATION.

I) — *Colorant étranger*. — A part la teinture telle que celle produite par le dépôt d'argent dans la peau, l'accentuation de coloration peut être déterminée par un champignon producteur de pigments. Il est probable que la « *tinea nigra* » (Castellani, 1931) est due à un champignon pigmentogène.

II). — Accroissement de mélanine épidermique.

On conçoit difficilement que la peau du nègre puisse encore noircir après une exposition prolongée au soleil, cela se voit pourtant chez les travailleurs en chambre après un congé au grand air.

III). — Par accroissement de pigment dermique.

IV). — Sans accroissement de pigment.

Ainsi le resserrement de l'épiderme, qui groupe un plus grand nombre de cellules à pigments dans une surface donnée, produit une accentuation de la teinte.

V). — Par lésion érythémateuse venant intensifier la couleur naturelle.

VI). — Enfin, à côté de ces cas, il faut noter la teinte grisâtre que peut prendre la peau lorsque les

couches superficielles du stratum corneum sont bouleversées par le grattage.

Tout ce que nous venons de lire suffit déjà amplement à nous laisser entrevoir l'aspect spécial que prendra telle ou telle dermatose sur une peau de couleur.

Il s'en dégage un fait qu'il faut tout de suite mettre en évidence, c'est que la peau du nègre est, en quelque sorte, immunisée contre certaines dermatoses et, au contraire, favorable à telle autre. Cela aussi est important à connaître pour diriger un diagnostic dermatologique.

En effet, la quantité importante de mélanine et de matière sébacée immunise la peau du nègre contre les rayons solaires; aussi les lésions dues à la lumière ne se rencontrent pas, excepté chez l'albinos. La résistance aux irritants externes est également accrue. Cela est dû en partie à l'accroissement de la matière sébacée; il s'ensuit également une certaine immunité contre certaines dermatoses. Hazen remarque que les radiodermites sont difficiles à se manifester chez le nègre. Il en est de même des cancers de la peau qui, de l'avis général, sont rares. Hyde, dans un travail sur : « Influence de la lumière dans les cancers de la peau », conclut en disant que le pigment physiologique de la peau dans les races colorées semble lui conférer l'immunité. Comment expliquer également la rareté du lupus érythémateux si l'on pense à l'extrême fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les noirs?

En contre partie, la peau du noir prédispose à d'autres dermatoses. On connaît la tendance de la peau du nègre à l'hyperplasie du tissu fibreux; cela se voit fréquemment autour des ulcères chroniques; il en est de même des chéloïdes, des cicatrices exubérantes. De même, la tendance à la lichénisation est également très fréquente. Elle peut prendre parfois une telle importance que le terme de « peau d'alligator », qui lui a été donné, n'est pas exagéré.

Mais il est d'autres facteurs qui interviennent également pour modifier l'aspect extérieur des dermatoses : facteurs héréditaires, facteurs raciaux, facteurs hygiéniques, etc...

Ainsi, selon A. K. Krauss, en ce qui concerne la syphilis, l'hérédité aurait une influence qui expliquerait les différences de réaction des tissus à cette affection. Les variations héréditaires peuvent influencer sur la localisation des lésions syphilitiques dans les différents tissus ou sur le caractère de leurs processus.

Le facteur hygiène occupe aussi une place importante. Nombreuses sont les dermatoses qui apparaissent déformées par la malpropreté, les lésions de grattage, les infections secondaires. Fréquemment, plusieurs dermatoses se développent simultanément, se superposant et se confondant au point de mettre en échec la perspicacité du médecin; leur diagnostic devient d'autant plus délicat que l'indigène ne vient guère consulter l'européen que lorsque les lésions sont passées à l'état chronique et sont défigurées par le grattage ou les médications empiriques.

D'une manière générale, les races noires sont plus soucieuses de leur peau que les races jaunes. Les noirs adultes entretiennent leur corps et leur chevelure au moyen d'huile aromatique qui les préservent, dans une certaine mesure, des dermatycoses et autres crasses parasitaires si répandues dans les races asiatiques et nord-africaines beaucoup plus négligentes des soins de propreté corporelle.

En résumé : influences raciales, héréditaires ; influences de climat, de vêtue, d'hygiène et j'en passe, tout cela contribue à modifier l'aspect des dermatoses dans les races de couleur et à égarer le médecin européen auquel on demande un diagnostic précis.

### CHAPITRE III

Ainsi avertis de tout ce qui peut différencier les peaux des races de couleur de celles des blancs et de la façon dont il faudra diriger un examen dermatologique pour aboutir à un diagnostic précis, nous allons passer en revue les principales dermatoses qui leur sont communes et tâcher d'insister sur les particularités d'aspect qu'elles présentent sur les peaux de couleur.

De toute évidence, c'est la pigmentation qui va nous fournir les plus importantes modifications. Nous nous excusons de la présentation un peu décousue de ce qui va suivre, mais notre but est simplement de décrire les dermatoses qui nous ont paru, au cours de nos recherches, présenter le maximum de différence d'aspect, afin d'illustrer au mieux les chapitres précédents.

Nous ne pourrions mieux débiter qu'en rapportant l'observation du Docteur Lévy-Franckel sur un cas de pityriasis rosé de Gibert chez un nègre venu se faire examiner à l'Hôpital Saint-Louis, dans le Service du Docteur Weissenbach, observation qui a suggéré l'idée au Docteur Lévy-Franckel de nous donner le sujet de cette thèse.

La voici :

« Kancel Lebrun, âgé de dix-neuf ans, mécanicien.  
« entre le 9 juillet 1938, dans le Service pour une  
« dermatose datant d'une semaine et sur laquelle on

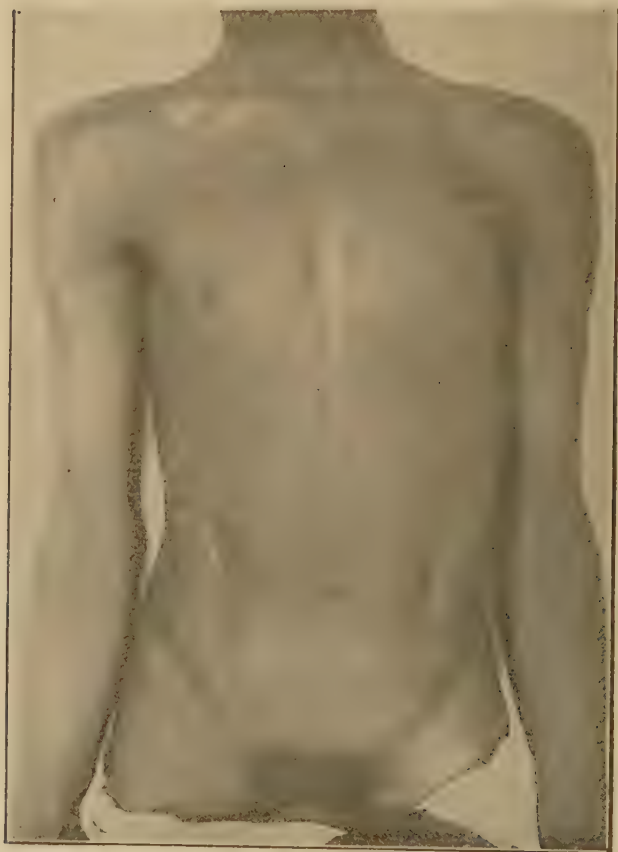


FIG. I. — On distingue dans les régions pectorales et axillaires des éléments arrondis ou ovalaires, légèrement plus foncés que la teinte de la peau environnante, et sur les flancs des éléments de plus grande dimension, dont l'aspect blanchâtre est dû aux squames qui les recouvrent.

« porte le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert.

« On note l'existence dans les régions pectorales et  
« axillaires d'éléments gaufrés légèrement plus fon-  
« cés que la peau environnante en forme de médail-  
« lons.



FIG II. — Détail d'une partie des éléments figurant sur la photographie ci-contre.

« Sur les flancs, des éléments de plus grandes di-  
« mensions, brun violacé, de forme ovulaire ou en

« raquette, constitués par de petites papules recouvertes de squames blanches.

« Les lésions sont prurigineuses. On lui fait un quart de sérum intradermique.

« Le 12 juillet, on lui fait à nouveau un quart de sérum intradermique; le prurit persiste.

« Le 16 juillet, les lésions pâlisent et le prurit diminue.

« Le 23 juillet, il ne persiste plus que quelques éléments nummulaires à squames blanchâtres, sur les flancs. »

Pour qui connaît bien les éléments rosés finement squameux du pityriasis rosé de Gibert, tels qu'ils se manifestent chez les blancs, cela ne ressemble guère à ce qui nous est rapporté sur l'observation précédente et à ce que nous montrent les photos ci-jointes.

Cependant, au début de l'observation, nous voyons notée l'existence, dans les régions pectorales et axillaires, d'éléments gaufrés, légèrement plus foncés que la peau environnante; de même, sur les flancs d'éléments brun violacé de forme ovulaire ou en raquette.

Si l'on s'en rapporte au chapitre précédent, on se rappellera que les plaques érythémateuses sur une peau noire se manifestent par une accentuation de la teinte normale de la peau, phénomène bien visible surtout sur les peaux assez claires, comme c'est le cas ici.

Quant à l'aspect blanchâtre qui entoure et recouvre de nombreuses plaques, il s'explique par la teinte,

comme nous l'avons vu plus haut, toujours très claire des squames et par l'écran qu'elles constituent entre la couche pigmentaire et l'œil de l'observateur ; si bien que celui-ci ne percevant plus que très atténuée la teinte normale de la peau, ces plaques paraissent complètement blanches et cela d'autant plus, par opposition avec la teinte foncée de la peau environnante.

En analysant donc les lésions d'un peu plus près, en se basant sur l'évolution de la maladie et ses symptômes accessoires, on peut donc arriver quand même, avec un peu de pratique, à poser un diagnostic précis.

Nous avons recherché dans la littérature d'autres observations de pityriasis rosé de Gibert survenant sur des peaux colorées. Nous en avons trouvé, mais aucun auteur ne décrit l'aspect spécial qu'il revêt sur la peau du nègre. Des photographies cependant sont nombreuses et rappellent exactement celles que nous avons recueillies ; notamment dans : « Diseases of the skin », de Hazen, p. 443, en tête de l'article consacré au pityriasis rosé de Gibert, nous voyons reproduite la photographie d'une poussée de pityriasis rosé de Gibert, recouvrant le dos d'un jeune nègre et caractérisée par de larges plaques gris blanchâtres, contrastant avec le fond sombre de la peau saine. En parlant du pityriasis rosé chez le nègre, Hazen nous dit seulement que le « type maculeux est rare, mais « peut exister, et dans ce cas les lésions sont très « larges. Le type commun est le type maculo-papu-  
« leux, qui a tendance souvent à envahir le cou et

« même une partie des joues. La maladie n'est pas  
« aussi commune que dans la race blanche, mais elle  
« semble déterminer un trouble plus profond et avoir  
« une évolution beaucoup plus prolongée. »

Puisque nous venons de parler de la teinte exagérément foncée des plaques érythémateuses du cas de pityriasis rosé de Gibert cité plus haut, nous allons envisager tout de suite le cas des affections érythémateuses en général et exposer les renseignements que nous ont fournis la lecture de divers auteurs.

A ce propos, Cummer, dans un article sur l'étiologie du lupus érythémateux, publié dans les « Archives of dermatologie and syphilology », nous dit ceci : « Toute lésion érythémateuse apparaît de couleur plus intense chez le nègre que chez le blanc, à cause de l'intensification par le pigment naturel ; les lésions du lupus érythémateux au début ne sont pas réellement hyperpigmentées, mais la couleur plus sombre est due simplement à l'érythème, plus le pigment naturel. »

Castellani, dans son « Manual of tropical medicine », dit que le diagnostic d'érythème chez les indigènes à peau foncée est difficile. Chez les malades paludéens, on voit assez souvent des érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes, peut-être dus à la quinine ; mais il faut une longue expérience pour être capable de découvrir un aspect luisant particulier de la peau et une teinte très spéciale.

De même les exanthèmes de la scarlatine, de la rougeole, de la syphilis secondaire sont difficiles à percevoir.

A propos de la scarlatine, un médecin américain pose, dans le « Journal of american medical association », la question suivante :

« J'ai un malade nègre de 14 ans, température à 39°, angine, céphalée. Je pense à la scarlatine puis-  
« qu'il y en a des cas aux environs. Quand la peau  
« est très noire, ne peut-on voir l'éruption scarlati-  
« neuse? »

Fishbein, directeur du journal lui répond ceci :  
« L'éruption scarlatineuse peut se voir ordinaire-  
« ment sans difficulté, dire le contraire serait faux.  
« La couleur de la peau prend dans ce cas un ton  
« bleuâtre. Sur les peaux très foncées, la compres-  
« sion de la peau avec un verre de montre est très  
« utile, car elle aide à chasser l'hypérémie et fait  
« ainsi ressortir le contraste de l'éruption avec la  
« peau de couleur normale. Outre l'éruption, les  
« symptômes habituels gardent toute leur valeur et  
« sont un aide puissant pour parvenir au diagnos-  
« tic. »

Dans la rougeole également, les symptômes habituels précédant et accompagnant l'éruption seront d'un précieux secours, car là aussi l'exanthème sera difficile à reconnaître quoique cependant le toucher, mieux que la vue, pourra aider le diagnostic.

En ce qui concerne la roséole syphilitique, certains prétendent même qu'elle est impossible à diagnostiquer. Ainsi E.-S.-S. Smith, dans son « Atlas de dermatologie tropicale », nous dit que l'éruption érythémateuse précoce facilement diagnostiquée dans les

racas blanches passe inaperçue sur les peaux pigmentées. Il est vrai qu'il base son opinion sur l'étude des nègres de la Nigéria, dont la peau est particulièrement sombre.

Ailleurs, cependant, Schroedter, dans des observations sur la syphilis dans l'ancienne Afrique allemande du sud-ouest, rapporte que la roséole se manifeste chez le nègre comme une intensification de la couleur normale de la peau.

Ailleurs encore, dans un article sur la syphilis cutanéomuqueuse marocaine, Lacapère, mentionne que les exanthèmes secondaires sont peu visibles ou difficilement décelables sur les peaux colorées et souvent crasseuses.

En résumé : difficulté du diagnostic des érythèmes et exanthèmes cutanés qui se manifestent par une intensification de la couleur normale de la peau ; voilà ce que nous devons retenir.

Par opposition avec ce qui précède, nous allons exposer maintenant, et elles sont nombreuses, les manifestations cutanées les plus surprenantes par le contraste qu'elles forment sur les peaux foncées ; je veux parler de celles qui donnent naissance à des phénomènes de dépigmentation.

Il n'est pas certain que les manifestations achromiques soient plus fréquentes sur les peaux de couleur que sur les peaux des blancs. Chez ces derniers, elles se remarquent beaucoup moins, c'est là, la raison principale. En effet, depuis la mode chaque

année plus répandue des bains de soleil, les peaux noircies artificiellement par les rayons solaires nous révèlent parfois des achromies que l'on ne remarquait pas autrefois et qui peuvent laisser hésitant le médecin non averti. Nous y reviendrons plus loin.

Toutes les dermatoses ne sont pas à un degré égal passibles de manifestations achromiques. Parmi elles ce sont surtout les mycoses parasitaires qui donnent lieu aux plus évidentes dépigmentations.

Ces achromies survenant le plus souvent au déclin d'une affection cutanée sont intéressantes à connaître ; le diagnostic différentiel et rétrospectif pouvant être hésitant : vitiligo, léprides achromiantes, placards achromiques de mycose, albinisme partiel, leucodermies syphilitiques, tout cela, peut prêter à confusion si l'on y regarde d'un peu près.

Les descriptions de ces lésions achromiques sur les peaux de couleur ne manquent pas, elles sont légions ; tous les auteurs sont d'accord dans leurs observations pour admettre les mêmes phénomènes.

Ainsi, le lupus érythémateux après la phase congestive du début où il se traduit, en concordance avec ce que nous avons vu plus haut, par des placards de couleur plus sombre que la peau environnante, ne tarde pas à donner naissance à des plaques blanchâtres du plus curieux effet.

P. Noël, médecin colonial, publie dans les « Annales de dermatologie et syphiligraphie », tome 9, 1928, des observations dont une personnelle sur des cas de lupus érythémateux survenant chez des noirs.

En voici une :

« En 1910, Schamberg présente à la Société de dermatologie de Philadelphie, une négresse de 39 ans, avec une éruption extensive des deux joues datant de quatre mois. Le placard de la joue droite s'étend dans le cuir chevelu et envahit la région pariétale où les cheveux sont tombés. Les taches sont nettement marginées de couleur blanc-rosé et lisses au toucher. Le contraste de couleur des plaques par rapport à la peau du sujet est extrêmement grotesque. »

Une autre observation personnelle à P. Noël, rapporte le cas d'un lupus érythémateux à forme disséminée survenu chez une femme indoue de basse caste.

« Il s'agit d'une indoue de 30 ans, qui entre à l'hôpital de Pondichéry pour des lésions achromiques et kératosiques du visage et des membres. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

« Etat actuel des lésions (20 novembre 1925). Elles ont débuté, il y a six mois, au niveau de la racine du nez, ont gagné successivement en un mois l'ensemble des parties actuellement affectées. Pas de phénomènes généraux, pas de fièvre.

« Elles sont constituées par des placards achromiques blancs ou rosés, où la peau est atrophique, cicatricielle, légèrement déprimée, un peu indurée, sans duvet.

« Par endroit, le processus cicatriciel est moins avancé, la dépression moindre, la dépigmentation

« incomplète se traduit par des zones grisâtres qui  
« doivent cet aspect, quand on regarde de près à un  
« pointillé noir.

« Le bord très nettement dessiné est entouré d'un  
« liseré noir congestif, large d'un millimètre. Le con-  
« tour est irrégulier, géographique, découpé.

« Sur la surface de ces placards, et spécialement  
« sur les plus atrophies, se trouvent de grosses cara-  
« paces cornées, tantôt jaunâtres, tantôt noirâtres,  
« peu adhérentes...

« ...La topographie des plaques achromiques est  
« très diverse. Outre la face où elles dessinent au-  
« tour des orbites de véritables cercles de lunettes,  
« elles sont répandues, ce qui est assez exceptionnel  
« sur les membres.

« En effet, nombreuses taches sur : épaule, face  
« externe du bras, moitié inférieure du bord externe  
« de l'avant-bras droit, même localisation à gauche.  
« Sur le pied gauche, placard achromique avec bor-  
« dure hyperchromique d'aspect vitiligineux..... Au  
« niveau de ce placard du pied, à part la décolora-  
« tion, aucune altération de l'épiderme ; pas de pro-  
« cessus atrophique, ni hyperkératosique. »

Tout cela est bien net, et serait parfait si d'autres dermatoses ne donnaient pas lieu également à des manifestations achromiques et ne venaient compliquer ainsi le diagnostic.

On connaît les plaques achromiques de la lèpre : achromie primitive, achromie secondaire, ces dernières succédant aux macules pigmentaires qui, à mesure

qu'elles s'étendent, vont pâlir et blanchir à leur centre. Ces taches achromiques entourées d'une zone hyperchromique ont été décrites sous le nom de « morphea alba » ou de « vitiligo gravior ». Cela ressemble bien au vitiligo, si répandu chez les nègres, mais dans ce cas, la peau au niveau des plaques garde son caractère normal au point de vue sécrétoire, vasculaire, thermique et sensitif. Les placards d'achromies lépreuses présentent au contraire des troubles sensitifs, ce caractère est très important surtout lorsqu'ils ne s'accompagnent pas d'autres lésions lépreuses.

« Voyez ce métis, originaire de la Guadeloupe, nous dit Jeanselme dans son « Cours de dermatologie exotique », comme chez tous les hommes de couleur, des macules en apparence purement achromiques remplacent sur sa peau bronzée les taches érythémateuses des blancs. A leur niveau cependant, l'achromie n'est pas simple ; après une légère exposition à l'air, leur teinte s'est animée, la pression du doigt les fait pâlir encore ; ces éléments, au niveau desquels un certain degré d'érythème s'ajoute à la dépigmentation cutanée, ont donc la même signification que les taches congestives observées sur les sujets de race blanche. Ces taches sont insensibles, ainsi se fera le diagnostic. »

L'albinisme partiel qui réalise chez le nègre l'aspect décrit sous le nom de « nègre pie », risque aussi d'être confondu avec un vitiligo ou des léprides achromiantes, mais l'absence de bordure hyperchromique

le différencie du vitiligo et l'absence de troubles sensitifs, des placards achromiants de la lèpre.

Mettant à part les achromies parasitaires que nous verrons en dernier lieu, bien d'autres dermatoses aboutiront elles aussi à l'achromie.

Ainsi, les lésions syphilitiques chez le nègre, suivant les périodes auxquelles elles appartiendront, détermineront elles aussi des lésions achromiques dont certaines pourront faire hésiter le diagnostic.

A la *période primaire*, ce sera la cicatrice du chancre, d'autant plus marquée que sa décoloration tranchera plus vivement sur le fond pigmenté de la peau des indigènes.

A la *période secondaire*, alors que chez l'européen la résolution des syphilides cutanées est en général complète, on verra au contraire persister souvent à la place des éléments disparus des taches achromiques dont la durée pourra être très longue.

A la *période tertiaire*, où les lésions cutanées sont beaucoup plus fréquentes chez les indigènes que chez les européens, on voit apparaître des leucomélanodermies, c'est-à-dire des dépigmentations circonscrites ou étendues, à liseré périphérique hyperchromique que peuvent laisser toutes les variétés de lésions tertiaires ; les dépigmentations apparaissent non seulement sur des zones cicatricielles, mais aussi sur des îlots de peau, d'aspect normal au milieu ou au contact des cicatrices. Ces dépigmentations que l'on observe aux sièges habituels des syphilides tertiaires et, en particulier, sur les organes génitaux, sans autre

lésion cutanée visible, succéderaient, d'après Lacapère, à une inflammation syphilitique du derme qui ne se traduirait pas à la surface de la peau.

Bien d'autres dermatoses : parakératoses, psoriasis, lichen plan, etc..., pourront également donner lieu à l'achromie.

Bien plus intéressants seront les placards achromiques consécutifs aux dermatoses parasitaires si répandues parini les races de couleur. Nous ne parlerons pas bien entendu des dermatomycoses spéciales aux contrées tropicales, bien qu'elles aussi déterminent l'achromie ; nous prendrons pour exemple le pityriasis versicolor, que nous connaissons bien dans nos régions par les placards de couleur café au lait qu'il dessine le plus souvent sur le thorax ou l'abdomen, placards dont la teinte sombre tranche sur la peau claire du blanc. Sur les peaux de couleur, au contraire, c'est l'inverse qui se produit.

« Le pityriasis versicolor, affection cryptogamique  
« causée par le microsporon furfur et très commune  
« en Europe; atteint fréquemment l'indigène. Tan-  
« dis que chez le sujet à peau blanche, la crasse pa-  
« rasitaire prend une nuance café au lait, chez les  
« hommes de couleur, les placards se détachent en  
« clair sur la peau saine. » Voilà ce que disait, en  
1901, Jeanselme, dans son « Cours de Dermatolo-  
« gie exotique ».

Différents auteurs, et notamment Castellani, ont voulu différencier le pityriasis versicolor de nos régions, de l'affection parasitaire très semblable des ré-

gions tropicales. Ils lui ont donné un nom spécial : « *Tinea flava* ». Castellani croyant avoir trouvé un parasite différent, lui a donné le nom de « *malassezia tropica* », très voisin cependant du « *malassezia furfur* ». Plus tard, en novembre 1929, par une lettre au Professeur Gougerot, Castellani, ne croyait plus à la distinction botanique possible, il identifiait donc le pityriasis versicolor et la tinea flava, bien que quelques différences, soit cliniques, soit botaniques, les séparent encore. Il s'agit donc, à peu de chose près, du même parasite qui, sur les peaux des blancs dessine des placards de teinte foncée, tandis que sur les peaux de couleur il détermine l'achromie.

L'illustration de ce qui précède nous est donnée par une observation d'un Nord-Africain, communiquée à la Société de dermatologie, le 16 janvier 1930 :

« Il s'agit d'un Arabe nord-africain, âgé de 20 ans, « qui vient consulter pour des lésions syphilitiques « papuleuses de la verge.

« Sur le thorax, on découvre de nombreuses taches « achromiques arrondies de 5 à 20 millimètres, con- « trasant avec le reste de la peau qui est brune. « Disséminées ou confluentes, elles dessinent des con- « tours irréguliers. Elles sont limitées par un liseré « de 1 à 2 millimètres plus foncé que la peau saine « environnante.

« Le malade ne peut préciser la date d'apparition « de ces éléments dont il ne s'était même pas aperçu.

« A l'examen des squames, on trouve les spores « et filaments de la *malassezia furfur* caractéristi- « que. »

En présence de ces achromies déterminées par différentes dermatoses sur les peaux de couleur, nous ne pouvons manquer de faire un parallèle avec les achromies que nous constatons avec une fréquence de plus en plus grande, sur les peaux colorées cette fois artificiellement par le soleil.

La mode des bains de soleil, qui a pris depuis quelques années une telle extension, a permis de constater l'effet achromiant de certaines dermatoses et, notamment, du pityriasis versicolor.

Celui-ci, là où il n'a pas subi l'action des radiations solaires, garde sa teinte normale café au lait sur fond blanc correspondant à la peau saine, et là où il a été atteint par les rayons solaires, il se décolore, devient blanchâtre avec épiderme rugueux, squameux, sec, tandis que la peau saine se pigmente. Nous aboutissons ainsi à l'aspect que revêt le pityriasis versicolor sur les peaux naturellement colorées, et cela avec le même parasite.

Ainsi, dans le cas rapporté plus haut par le Professeur Gougerot chez le malade nord-africain, qui présentait la même achromie que celle constatée sur les cas français et avec le même *malassezia furfur*, le Professeur Gougerot conclut que l'achromie parasitaire française est identique à l'achromie parasitaire européenne.

Mais là, ne se sont pas bornées les manifestations achromiques des rayons solaires. D'autres observations sur les peaux colorées artificiellement, nous ont montré les mêmes manifestations achromiques que

chez les indigènes. Le Professeur Gougerot a rapporté des cas d'achromies trichophytiques révélées par les rayons solaires. Dans le lichen plan, on a noté des leucomelanodermies sous l'action des ultraviolets. Le psoriasis peut également déterminer après insolation de l'achromie ; la parakératose, les plaques d'eczéma, les macules de roséole, de même.

Ce n'est pas notre sujet de nous étendre longuement sur la pathogénie de ces achromies que nous retrouvons identiques sur les peaux colorées naturellement, et sur les peaux blanches teintées par les rayons solaires. Cela d'autant plus que la question est difficile à élucider et que les avis sont souvent contraires.

Les uns voient dans la dermatose un simple rôle d'écran protecteur contre les rayons solaires, et n'admettent pas davantage. D'autres, comme Jausion, attribuent un rôle plus profond à la dermatose dans la pigmentogénèse de la peau. Il semble bien que cela soit vrai dans le cas des hommes de couleur, où il faut bien admettre une véritable mélanolyse déterminée par l'affection cutanée. D'ailleurs, même dans la race blanche, tout porte à croire qu'il en est ainsi. Le Professeur Gougerot a publié des observations de plaques trichophytiques, qui, une fois guéries par l'alcool iodé, restaient blanches sous l'action intense et répétée des rayons solaires. La plaque trichophytique n'a donc pas eu dans ce cas un rôle pur et simple d'écran protecteur ; elle a déterminé également un trouble profond dans la pigmentation de la peau.

Les changements d'aspect des dermatoses sur les peaux de couleur ne se résoudraient-ils qu'à ces modifications en plus ou en moins de la pigmentation, cela serait déjà beaucoup, car cela suffit à changer complètement l'aspect de certains troubles cutanés et à embarrasser grandement celui dont l'œil est habitué à regarder les peaux européennes.

En dehors de la pigmentation, d'autres causes, certes, beaucoup moins importantes, parviennent aussi à modifier quelque peu l'aspect habituel de certaines lésions.

L'anatomie spéciale de la peau que nous avons étudiée plus haut y contribuera souvent. Ainsi, par exemple, l'acné, très fréquente sur la peau grasse du nègre, peut parfois être confondue avec la lèpre de la face à cause de l'épaississement en forme de nodules produit par la confluence des papules d'acné, ou bien sur le dos ou la poitrine, les infections secondaires par les microbes pyogènes et l'épaississement par le contenu de la matière sébacée défigureront les aspects habituels.

Les affections squameuses se trouveront aussi quelque peu modifiées. Ainsi, Morison donne les caractères suivants du psoriasis chez les nègres : « Les taches sont couvertes d'une croûte plus jaunâtre, moins brillante que chez les blancs. Dans le psoriasis punctata, la croûte est plus épaisse que d'habitude et se détache facilement. Elle donne alors une surface rouge foncée saignante, le sang suintant librement des capillaires. Comme dans les

« autres affections de cette race où il y a une quantité assez épaisse d'épiderme, une tache blanche persiste un certain temps après guérison. »

C'est encore aux caractères spéciaux de la peau que nous devons les aspects particuliers des lésions syphilitiques : à la période primaire, la rareté des chancres extra-génitaux. Tous les auteurs sont d'accord là-dessus. Reasoner est d'avis que le tissu cutané exerce une défense contre l'inoculation du tréponème ; aux périodes secondaires, l'extrême fréquence des syphilides papuleuses, souvent papulo-squameuses ou psoriasiformes.

Quand, à ces lésions cutanées s'ajoutent, ce qui est fréquent chez l'indigène, les infections à pyogènes ou à mycoses entretenues ou aggravées par l'application habituelle de papiers, de débris végétaux ou autres saletés, on conçoit à quel point de telles lésions peuvent être défigurées et combien il doit être difficile de porter un diagnostic et d'instituer enfin un traitement efficace et approprié.



## CONCLUSIONS

Les modifications d'aspect des dermatoses sur les peaux de couleur sont dues à plusieurs causes :

De toutes, c'est la pigmentation avec ses variations tant raciales que locales, qui apporteront les plus importantes modifications à l'aspect habituellement connu des dermatoses des blancs.

Tantôt voilée, par la couche épaisse de pigments, la lésion cutanée n'attirera pas l'œil de l'observateur, s'il n'est très averti, ou s'il ne la recherche systématiquement. Tantôt, au contraire, tranchant d'une manière éclatante par la lyse pigmentaire qu'elle a produite, ou qu'elle est en train de préparer, elle apparaîtra sous un aspect nouveau dont l'étiquette nosologique sera difficile à préciser.

Une autre cause, la texture elle-même de la peau des noirs si différente de celle des blancs par sa richesse en glandes sudoripares et sébacées, sa vascularisation intense et superficielle, son accroissement d'épaisseur dans toutes ses parties, interviendra également indépendamment de la pigmentation pour modifier l'aspect des lésions connues, en perturber le siège habituel, en raréfier certaines, en rendre d'autres beaucoup plus communes et fréquentes.

Si l'on ajoute à cela le facteur hygiénique si important chez l'indigène par les infections associées qu'il provoque, venant modifier encore et rendre méconnaissables les lésions qu'il présente, on peut se rendre compte avec quelle difficulté un diagnostic exact peut être établi.

En résumé, s'il est indispensable pour parvenir à porter un diagnostic rapide et précis sur une dermatose d'un blanc, d'avoir vu défiler devant ses yeux un nombre considérable de malades, de même, l'entraînement visuel, lié à des notions précises, est nécessaire si l'on veut parvenir facilement à diagnostiquer une dermatose sur une peau de couleur.

En dehors de la médecine coloniale, où ces notions sont indispensables, le praticien européen peut, au cours de sa pratique courante, se trouver en présence d'un malade à peau noire, qui viendra lui demander de lui guérir une lésion cutanée.

Il n'est donc pas inutile pour le médecin français de savoir comment les dermatoses qu'il connaît bien se présenteront sur une peau colorée. Nous avons essayé d'en montrer les aspects particuliers et leurs raisons, et notre seule satisfaction sera d'y avoir réussi.

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| <i>Vu :</i> | <i>Vu :</i>                |
| LE DOYEN :  | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE : |
| TIFFENEAU.  | GOUGEROT.                  |

*Vu et permis d'imprimer :*  
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS. — Diseases of the Skin. 1930.
- BAETZ. — Syphilis in Colored Canal laborers. (*New-York Medical Journal*, 100-820, octobre 1914.)
- CARDEN (W.-A.). — Note on Case of Psoriasis in Negroe. (*South African M. J.* 9 : 81, février 9 1935.)
- CASTELLANI. — Manual of Tropical Medecine. 2<sup>e</sup> édit., 1913.
- Tropical Form of Pityriasis Versicolor. (*Journal of Cutaneous Diseases*, p. 393, 1908.)
- Dermatosi Papulosa Nigra. (*Arch. of dermat. and Syphilo*, 18.1928.)
- CUMMER (C.-L.). — Etiologie du lupus érythémateux chez le nègre. (*Arch. of dermatology and Syphilologie*, 33-1936, p. 434.)
- CORSON (E.-F.). — Skin eruptions in negro child. (*Pennsylvania M. J.*, 34 : 164-166. December 1930.)
- FISHBEIN (E.-F.). — Scarlet Fever in the negro. (*Journal of American Medical Association*, 85-1689-1930.)
- GOUGEROT-JOYEUX. — Achromies parasitaires. (*Archives de la Clinique de Saint-Louis*, décembre 1929, N<sup>o</sup> 4, p. 770; mars 1931, N<sup>o</sup> 9.)
- A propos des Nords-Africains. (*Société de Dermatologie*, 14 novembre 1929 et 16 janvier 1930.)

- HAZEN. — Diseases of the Skin. 2<sup>e</sup> édit., 1922.
- Personal observation upon skin diseases in the American negroes. (1914, *Journal of Cutaneous Diseases*, N° 32, p. 705.)
  - Syphilis and Skin diseases in the American negroes. (*Archives of dermat. and Syph.*, N° 31, mars 1935, p. 316.)
- HOWARD FOX. — Remarques sur les dermatoses chez les nègres. (*Journal of Cutaneous Diseases*, N° 26, p. 67, 1908.)
- Tropical Skin Diseases in the West Indies. (*Archives of dermat. and Syphilo.* 1927, XVI, p. 54.)
  - Psoriasis in a mulatta. (*Arch. of dermat. and Syphilo.* 1925, p. 684.)
- JEANSELME. — Cours de dermatologie exotique, 1904.
- KISSELEVSKY (E.). — Achromies parasitaires. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- KLAUDER (J.-V.). — Lupus érythémateux. (*Archives of dermat. and Syphilo.* N° 33, 1936, p. 434.)
- LACAPÈRE. — Les formes de la Syphilis indigène, 1932. (*Hygiène sociale*, tome 69, p. 1341.)
- LANGERON (M.). — Dermatologie tropicale. (*Nouvelle pratique dermatologique*, t. 4, p. 576; t. 2, p. 335.)
- LÆWENTHAL (L.-J.-H.). — Diseases of the Skin in the negroes. (*Journal of Tropical Medecine*, N° 39, 15 septembre 1936; 7 novembre 1936; 16 novembre 1936.)
- Diseases of the Skin in the negroes. (*Journal of Tropical Medecine*, N° 39, 1<sup>er</sup> décembre 1936; 15 décembre 1936; N° 40, 4 janvier 1937.)
  - The Significance of colour changes in the African Skins. (*E. A. Medical Journal*, XI, 124.)
- MOROZOV (A.). — Pityriasis Versicolor, Achromiant. (*Thèse de Paris*, 1935.).

NOEL (Pierre). — Psoriasis chez un noir et lupus érythémateux dans les races noires. (*Annales de Dermatologie et de Syphilis*, 9, 1928.)

PARDO-CASTELLO and DOMINGEZ. — Achromia parasitaria. (*Arch. of derm. and Syph.*, 1924, IX, p. 82.)

SALANOUÉ IPIN. — Traité de pathologie exotique. Vol. VII, Maladies de la peau.

SMITH (E.-S.-S.). — An atlas of skin diseases in the tropics, 1932.

ZIMMERMANN. — A comparative study of syphilis in whites and in negroes. (*Arch. of derm. and syph.*, N° 4, juillet 1921.)



---

IMPRIMERIE SPECIALE  
DE LA LIBRAIRIE  
LOUIS ARNETTE

---

